

Casos Clínicos:

INJERTO DE TEJIDO CONJUNTIVO SUB- EPITELIAL PARA EL TRATAMIENTO DE RECESIONES GINGIVALES - REPORTE DE CASO CLÍNICO

César A. Magalhães Benfatti ³, Isabelle Goulart ¹, Ernesto Barquero Cordero ², Marco Aurelio Bianchini ³, Ricardo de Souza Magini ⁴.

1. Residente en Periodoncia e Implantes Dentales, del Centro de Estudios e Investigación en Implantes Dentales de la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil.
2. Alumno de la Maestría en Implantes Dentales, del Centro de Estudios e Investigación en Implantes Dentales de la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil.
3. Doctor en Implantes Dentales, del Centro de Estudios e Investigación en Implantes Dentales de la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil.
4. Doctor en Periodoncia, del Centro de Estudios e Investigación en Implantes Dentales de la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil.

RESUMEN:

El tratamiento de recesiones gingivales atrae un gran interés no solo para los odontólogos sino de pacientes, los cuales muestran gran preocupación, principalmente al factor estético asociado a esta condición. Diversas técnicas han sido propuestas para la obtención del recubrimiento radicular, entre ellas, el injerto de tejido conjuntivo sub - epitelial, el cual se convirtió en una de las formas más difundidas entre los periodoncistas. El grado de recubrimiento es muy relativo, variando principalmente de acuerdo con las características clínicas y el grado de experiencia y destreza manual del cirujano.

Entre las ventajas asociadas a esta técnica resaltamos la previsibilidad de la técnica y la estética obtenida.

Palabras claves: Recesión gingival, Cirugía Plástica Periodontal e Injerto Sub-epitelial de tejido Conjuntivo

ABSTRACT:

The treatment of gingival recessions has been attracted interest from both the dental practice as well as patients concerned mainly with the aesthetic factor associated with this condition. A variety of techniques have been offered to obtain root recovering. One of them, the subepithelial grafting of connective tissue became one of the tools most prevalent among the periodontists. The quantity of recovery is relative, depending mainly of the clinical aspects and the experience and manual dexterity of the surgeon. Among the advantages related to this technique, the predictably of the technique and the aesthetic reached are emphasized.

Key words: Subepithelial Grafting of Connective Tissue; Gingival Recessions

INTRODUCCIÓN:

La recesión gingival es el desplazamiento hacia apical del margen gingival en relación a la unión cemento - esmalte, exponiendo así la superficie radicular. Las recesiones ocasionan alteraciones estéticas debido a los movimientos en la relación mesio - distal y ocluso - apical de la corona clínica de los dientes, generando alteraciones morfológicas en el tejido gingival marginal, provocando áreas retentivas de placa y frecuentemente hipersensibilidad dentinaria; además puede llevar a la eliminación de la encía queratinizada, o dejando un grosor remanente de encía queratinizada inadecuado para el mantenimiento

de la salud de los tejidos periodontales [1]. En el tratamiento de estas lesiones, muchas terapias fueron preconizadas, con el propósito de sanar las alteraciones estéticas, funcionales y de promover un espesor de tejido queratinizado adecuado para el mantenimiento de la hemostasia local. Para la obtención de resultados satisfactorios se tienen que eliminar los factores que causan su etiología, los cuales son multifactoriales dependientes, muchas veces, de una suma de eventos para que se inicie su aparición.

Para fines didácticos esos factores fueron divididos en factores predisponentes y factores precipitantes. Entre los primeros están el mal posicionamiento dental, traumas oclusales, frenillos e inserciones anormales, espacios interproximales insuficientes, y dimensiones gingivales insuficientes, entre ellos los agentes precipitantes están la acumulación de placa dental, traumas en el cepillado y factores iatrogénicos [2].

Sin embargo se pueden destacar tres causas siendo más frecuentes en el origen de las recesiones gingivales [3].

1. Recesiones asociadas a factores mecánicas, donde las causas predominantes son técnicas de cepillado inadecuadas.
2. Recesiones asociadas a la placa localizada. Tales recesiones son encontradas, donde la tabla ósea vestibular es fina junto a la presencia de placa, surgiendo una inflamación localizada, promoviendo la reabsorción del hueso vestibular y consecuentemente la migración epitelial.
3. Recesiones gingivales asociadas a la presencia generalizada de la enfermedad periodontal destructiva, donde la pérdida ósea puede resultar en una transformación de las caras vestibular - lingual donde el tejido gingival termina migrando hacia apical.

Entre las técnicas existentes para el recubrimiento de las recesiones gingivales se puede destacar la regeneración tisular guiada (RTG), los injertos gingivales autógenos libres y /o conjuntivo más epitelio, injertos pediculados, injertos de tejido conjuntivo sub - epiteliales e injertos dérmicos alógenos. Cada una de ellas posee indicaciones y pronósticos específicos, siendo la evaluación clínica preponderante para la escogencia de la misma [4].

CASO CLÍNICO:

Paciente de 28 años, sexo femenino, secretaria, de clase media, buscó un tratamiento por presentar recesiones gingivales principalmente en la región de los caninos y los premolares superiores (Fig. 1). Los posibles factores etiológicos asociados fueron analizados, concluyéndose que el trauma por el cepillado fuera el principal factor de causa. Instrucciones de higiene bucal adecuada fueron transmitidas a los pacientes, resaltando la importancia de la utilización de cepillos dentales de cerdas suaves y la realización de movimientos circulares suaves sin la realización de fuerzas excesivas. Corregida la causa principal de las recesiones se planificó el recubrimiento radicular de los dientes con la utilización de injerto de tejido conjuntivo sub- epitelial.

La técnica aplicada en el caso presentado fue la propuesta por Langer & Langer en 1985 [5]. Se inicia con incisiones dentro del surco y en la áreas interproximales. En las papilas, la incisión, debe acompañar la altura de unión amelo -cemento y adyacente a las áreas recubiertas. Se realizaron incisiones relajantes en el mismo, para permitir una mayor liberación del colgajo, además de facilitar la fijación posterior del injerto (Fig. 2). Se continuó con la realización de un colgajo parcial, con el tratamiento superficial de la raíz, que está constituido por el tratamiento mecánico realizado con curetas gracey; químico con la aplicación de ácido cítrico al 10% con tetraciclina pH1 por 3 minutos (Fig. 3), esta es removida, lavando con abundante solución de suero fisiológico por 30 segundos [5].

Una vez preparado el lecho receptor, es removido del paladar del paciente (área de premolares hasta molares) un fragmento de tejido conjuntivo, proporcional tanto en ancho como en largo, al área

correspondiente a su colgajo. (Fig.4,5 y 6). El injerto fue suturado de modo que quedara estable sobre el lecho receptor (Fig.7), y posteriormente recubierto por el colgajo previamente liberado y relajado, permitiendo que el colgajo cubriera pasivamente un mínimo de 75% del injerto conjuntivo (Fig. 8). En un tiempo de espera de 7 a 10 días fueron removidas las suturas y el cemento quirúrgico, se debe señalar que la higiene debe ser restablecida por completo solamente después de 2 semanas de post-operatorio, hasta alcanzar ese tiempo la limpieza del local debe ser realizada con gasa y solución de clorhexidina 0.12%. En la figuras 9 y 10 podemos visualizar las características cicatriciales del tejido con 1 mes y 6 meses respectivamente, siendo comprobado, clínicamente, el éxito del procedimiento quirúrgico en ese período, debido al posicionamiento del margen gingival y a la inexistencia de saco periodontal durante el sondaje.

DISCUSION:

Para el tratamiento de las recesiones gingivales, es de extrema importancia identificar el factor etiológico previamente a la realización de cualquier tratamiento curativo[1,5], así se tiene mayor posibilidad de escoger el tratamiento más adecuado, por lo que evitaremos una reincidencia de la lesión. El éxito del recubrimiento radicular está relacionado con la localización y clasificación de la recesión gingival, técnica empleada además de una anamnesis y examen clínico detallado.

Existen diversas técnicas, todas tienen como objetivo la obtención de estética, disminuir la sensibilidad radicular, evitar la recesión gingival progresiva [1].

La técnica escogida para el presente reporte clínico es el injerto de tejido conjuntivo sub - epitelial y este consiste en la interposición de un tejido conjuntivo entre el colgajo y la superficie radicular desnuda, pudiendo el colgajo ser deslizado o no sobre la misma [6].

Este procedimiento está indicado para recubrimientos radiculares unitarios, múltiples y para la formación de mucosa queratinizada, en áreas con o sin involucramiento estético, pues esta técnica minimiza las cicatrices discretas, promueve un aumento volumétrico previsible y controlable, además de propiciar una coloración semejante a las áreas adyacentes [7,8,9,10,11].

Si se compara la técnica anterior con los injertos pediculados la principal ventaja del injerto conjuntivo es la posibilidad de crear una faja de mucosa queratinizada adecuada, cuando esta es insuficiente, además de poder recubrir recesiones largas y múltiples, factores limitantes que encontramos en algunos tipos de injertos pediculados como los de desliz palatino lateral y doble papila[13,14,15,16,17,18]. Los injertos pediculados están contraindicados cuando no hay cantidad de encía queratinizada suficiente en las regiones adyacentes a las recesiones gingivales[19].

Comparado con el injerto gingival libre, este último posee indicaciones limitadas para el recubrimiento radicular, donde haya necesidades de área estética, debido a la diferencia de coloración y textura entre la mucosa masticatoria y la encía por su aspecto post-quirúrgico, algunas veces, semejante a un queloide, además de presentar, en el área donadora, una molestia muy grande debido a la exposición epitelial de la región donadora, forzando una cicatrización por segunda intención [20].

El tratamiento de la superficie radicular no es solo fundamental para el éxito del recubrimiento sino también, que pueda haber inserciones de células del ligamento periodontal en las áreas radiculares que queden expuestas al medio bucal; este tratamiento puede ser mecánico, químico, biológico o sus asociaciones. El tratamiento mecánico de la raíz es casi por unanimidad entre los investigadores, ser realizado por medio de instrumentación manual, ultra - sónica o rotatoria, con la intención de remover placa, cálculo, cemento contaminado, depósitos bacterianos y endotoxinas de la superficie radicular expuesta al medio bucal y dejando esta superficie lo más libre posible de contaminantes, tornándose mas biocompatible para que las células de los tejidos periodontales puedan interactuar con esa superficie [21,22,23,24].

El condicionamiento químico de la raíz fue expuesto por Register & Burdick, en 1975 [25], con el propósito de desmineralizar la superficie radicular, producir un efecto antibacteriano, neutralizar toxinas residuales, retardar la migración epitelial, mejorar la estabilización del coágulo, exponiendo cemento subyacente, promoviendo un aumento en la quimiotaxis, migración y adhesión de fibroblastos e interdigitación fibriliar [26]. En algunos centros de enseñanza e investigación (CEPID - Florianópolis, FOB Bauru Brasil), se utiliza la asociación de ácido cítrico de pH1, con tetraciclina para el condicionamiento ácido radicular, con el propósito de asociar los efectos del ácido cítrico con los de la tetraciclina. Esta asociación tiene como función exponer los túbulos dentinarios, reduciendo la actividad del colágeno, aumentar la inserción, migración y adaptación de fibroblastos sobre la raíz, disminuir la migración epitelial, además de poseer efectos antimicrobianos y exponer fibras intrínsecas del cemento.

La efectividad clínica de este procedimiento del recubrimiento radicular es evaluada por medio de recubrimiento total o parcial da la raíz expuesta, con una profundidad de sondaje inferior a 2 mm [24], confirmado ese hecho en el presente relato clínico donde después de 6 meses existe una ausencia de saco periodontal en el área operada, dando una mejor condición de higiene al paciente. Con todo eso, no se puede afirmar clínicamente cuales tipos de tejido son los que predominan después de la cicatrización, se sugiere la obtención del proceso de regeneración y/o adaptación (formación de un epitelio funcional ancho) una vez que el colágeno del tejido puede llevar a la limitación de la profundidad de sondaje en el área, sin que haya formación de una inserción conjuntiva ancha [27]

CONCLUSIÓN

A partir de los resultados clínicos observados podemos concluir que la técnica de injerto de tejido conjuntivo sub epitelial provee buenos resultados para el tratamiento de recesiones gingivales cuando se identifica y elimina el factor etiológico. La motivación y el control de la placa es fundamental para del mantenimiento de los resultados obtenidos con los procedimientos quirúrgicos.



Figura 1

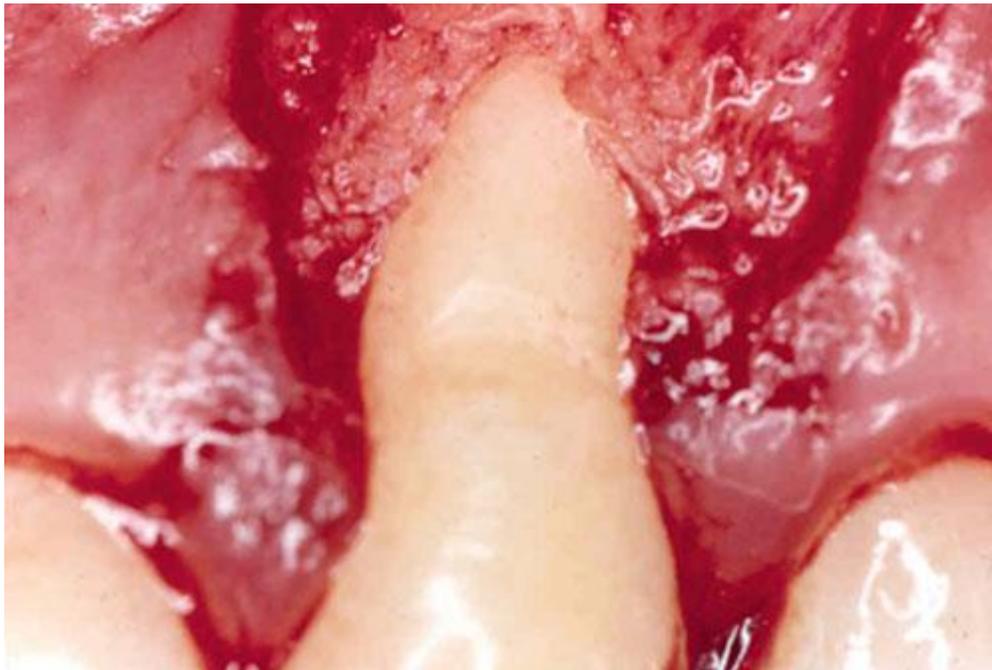


Figura 2

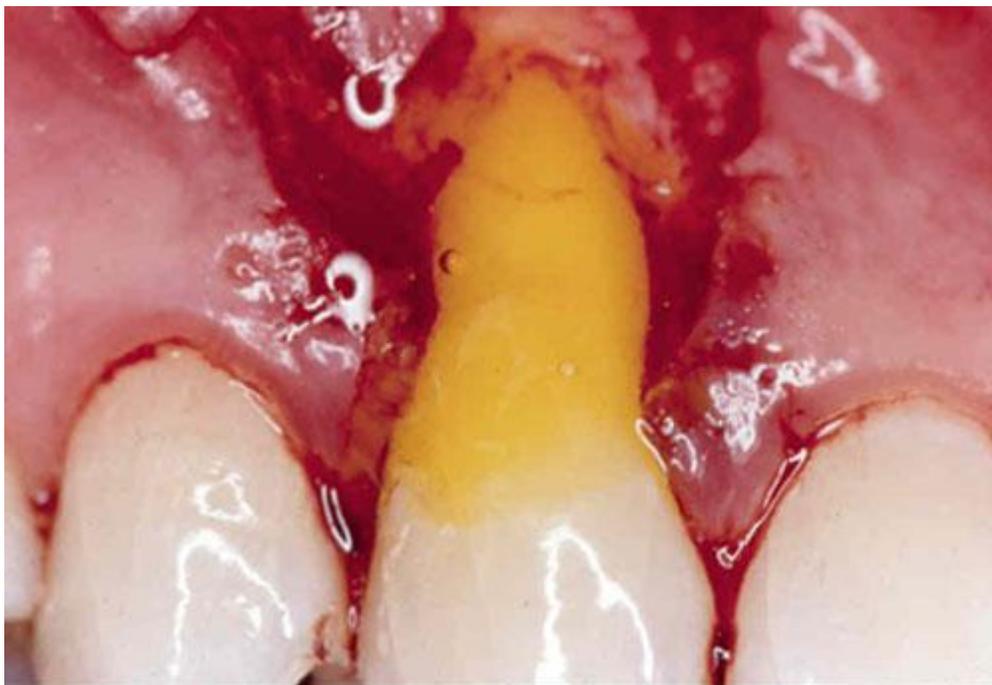


Figura 3



Figura 4



Figura 5

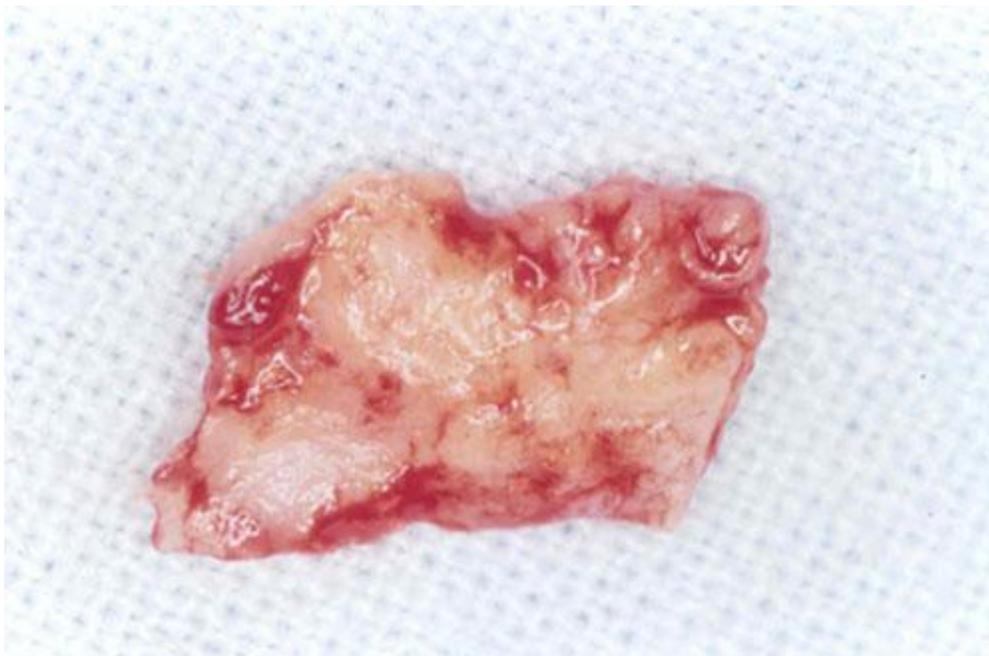


Figura 6

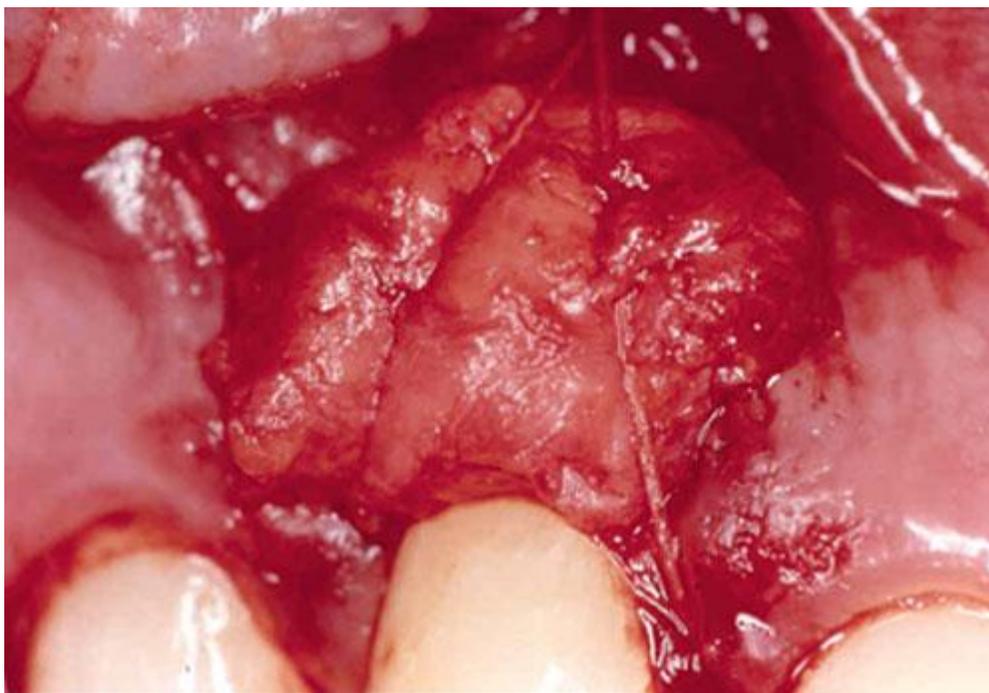


Figura 7

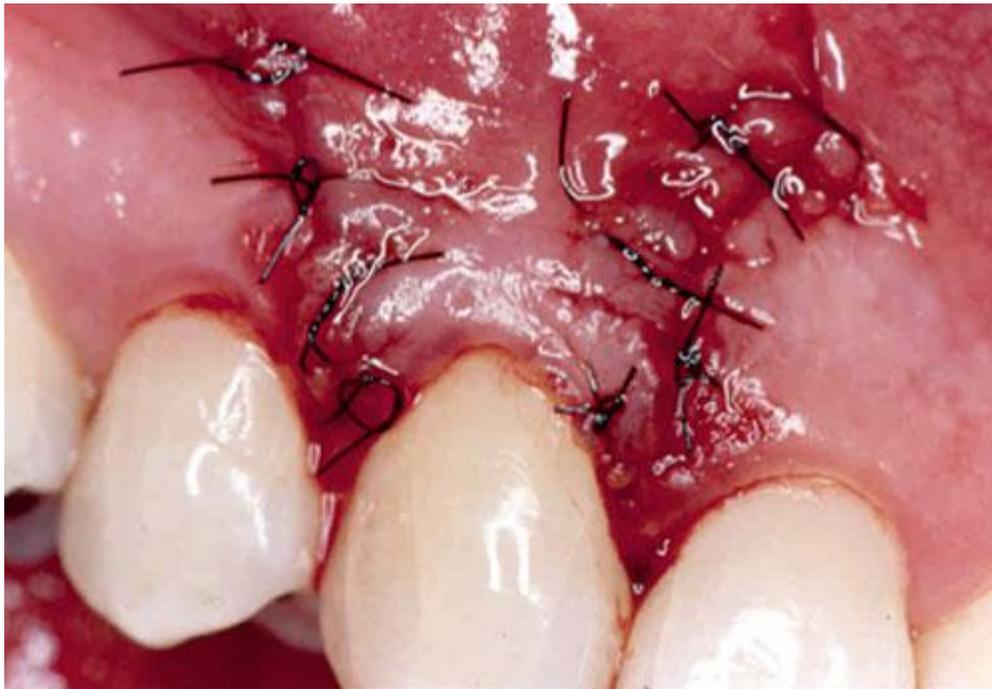


Figura 8



Figura 9



Figura 10

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Carranza FA Jr 1981. Clinical importance of periodontal trauma. Rev Asoc Odontol Argent. (1981) May;69(3):143-6.
2. Raetzke R.. Periodontal recession--prevalence, significance, causes and therapy ZWR. (1985) Dec;94(12):968, 971-4.
3. Nabers CL. Repositioning the attached gingiva. J Periodontol 1954;25:38-39.
4. Coslet JG, Rosenberg ES, Tisot R.The free autogenous gingival graft. Dent Clin North Am. (1980) Oct;24(4):651-82.
5. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. J Periodontol. (1985) Dec;56(12):715-20.
6. Soehren SE, Allen AL, Cutright DE, Seibert JS. Clinical and histologic studies of donor tissues utilized for free grafts of masticatory mucosa.J Periodontol. (1973) Dec;44(12):727-41.
7. Sullivan HC. Free autogenous gingival grafts. I. Principles of successful grafting. Periodontics. (1968) Jun;6(3):121-9.
8. Seibert JS. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts. Part II. Prosthetic/periodontal interrelationships. Compend Contin Educ Dent. (1983) Nov-Dec;4(6):549-62.
9. Miller PD Jr. Root coverage using the free soft tissue autograft following citric acid application. III.

- A successful and predictable procedure in areas of deep-wide recession. *Int J Periodontics Restorative Dent.* (1985);5(2):14-37.
10. Curtis JW Jr, Hutchinson RA. Mucous extravasation phenomenon of the hard palate following periodontal surgery. *J Periodontol.* (1981) Dec;52(12):750-2.
 11. Rosenberg S, Rosenberg ES, Garber D. Laterally positioned partial thickness flap in the treatment of gingival cleft. *J Dist Columbia Dent Soc.* (1981) Fall;56(1):9-16
 12. Sullivan HC, Atkins JC. Free autogenous gingival grafts 3. Utilization of grafts in the treatment of gingival recession. *Periodontics.* (1968) Aug;6(4):152-60.
 13. Soehren SE, Allen AL, Cutright DE, Seibert JS. Clinical and histologic studies of donor tissues utilized for free grafts of masticatory mucosa. *J Periodontol* (1973) Dec;44(12):727-741.
 14. Reiser GM. Root coverage utilizing the subepithelial connective tissue graft. *Dent Econ.* (1995) Apr;85(4):90-1.
 15. Wara-aswapati N, Pitiphat W, Chandrapho N, Rattanayatikul C, Karimbux N. Thickness of palatal masticatory mucosa associated with age. *J Periodontol.* (2001) Oct;72(10):1407-12.
 16. Sullivan HC, Atkins JH. The role of free gingival grafts in periodontal therapy. *Dent Clin North Am.* (1969) Jan;13(1):133-48.
 17. Bouchard P, Etienne D, Ouhayoun JP, Nilveus R. Subepithelial connective tissue grafts in the treatment of gingival recessions. A comparative study of 2 procedures. *J Periodontol.* (1994) Oct;65(10):929-36.
 18. Harris RJ, Harris AW. The coronally positioned pedicle graft with inlaid margins: a predictable method of obtaining root coverage of shallow defects. *Int J Periodontics Restorative Dent.* (1994) Jun;14(3):228-41.
 19. Harris RJ, A comparison of 2 root coverage techniques: guided tissue regeneration with biabsorbable matrix style membrane versus a connective tissue graft combined with coronally positioned pedicle graft without vertical incisions. Results of a series consecutive cases. *J Periodontol* (1998).Dec(69):1426-34.
 20. Nabers. Free gingival grafts. *Periodontics* (1966);4:243-245.
 21. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent.* (1985);5(2):8-13.
 22. Nelson SW. The subpedicle connective tissue graft. A bilaminar reconstructive procedure for the coverage of denuded root surfaces. *J Periodontol.* (1987) Feb;58(2):95-102.
 23. Seibert JS. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts. Part I. Technique and wound healing. *Compend Contin Educ Dent.* (1983) Sep-Oct;4(5):437-53.
 24. Pini Prato G, Baldi C, Nieri M. Coronally advanced flap: the post-surgical position of the gingival margin is an important factor for achieving complete root coverage. *J Periodontol*

(2005);76:713-722.

25. Register A, Burdick F. Accelerated reattachment with cementogenesis to dentin, desmeralized in situ I. Optimum range. J Peridontol (1975); Nov,46(11):646-655.
26. Raetzke R. Reaction of the marginal gingiva to contact with crown or veneering materials in subjects with excellent oral hygiene. Dtsch Zahnarztl Z. (1985) Dec;40(12):1206-8.
27. Miller PD Jr. Root coverage with the gingival graft. Factors associated with incomplete coverage. J Periodontol (1987).Oct;58(10):674-81.